Alan Behrman & Associates, PC

2876 Johnson Ferry Rd., Suite 150 Marietta, GA 30062

1041 Cambridge Square, Suite A Alpharetta, GA 30009

4855 River Green Pkwy, Suite 330 Duluth, GA 30096

info@alanbehrman.com 770-361-7864 www.alanbehrman.com

**Formulario Evaluación Visa T**

**\*Este Formulario es Confidencial\***

**Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Información Básica**

**Nombre Completo (incluyendo cualquier otro nombre utilizado):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Sexo:** \_\_\_\_\_\_ **Raza/Etnicidad:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Lugar de Nacimiento (País, Estado, Ciudad):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Estado Civil Actual:**

☐ Casado(a) ☐ En una relación ☐ Separado(a)/Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Soltero(a)

**Dirección Actual:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Número de Teléfono:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo **Electrónico:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Las llamadas serán discretas, pero por favor indique cualquier restricción: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información de Inmigración**

**¿Cuál es su estado migratorio actual en los EE. UU?**

☐ Sin estatus legal

☐ TPS

☐ DACA

☐ Visa de no inmigrante

☐ Otro (por favor especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha/año de entrada a EE. UU.:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Razones por trasladarse a los EE. UU.:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información sobre el Tráfico Humano**

**Por favor, use la tabla a continuación para enumerar el/los tipo(s) de tráfico relevantes a su solicitud de visa T:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipo de tráfico** | **Fecha** | **Lugar** |
| ☐ Sexual |  |  |
| ☐ Laboral |  |  |

**Fecha de Inicio y Fin del Tráfico Humano:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Por favor, proporcione una descripción detallada de la(s) experiencia(s) de tráfico.**

**\*** **SI VA A PRESENTAR SU CARTA DE DECLARACIÓN CON ESTE FORMULARIO, PUEDE OMITIR ESTA PREGUNTA.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Ha tenido algún contacto con autoridades o policía respecto al tráfico?**

☐ No

☐ Sí

**Por favor proporcione detalles: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Asistió o está dispuesto(s) asistir a las autoridades en la investigación o procesamiento del/de los traficante(s)?**

☐ No

☐ Sí

**Por favor describa cualquier asistencia que haya proporcionado o esté dispuesto(s) a proporcionar (ej. testificar, proveer info, etc.):**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿El/los traficante(s) ha(n) sido procesado(s) o hay algún proceso legal en curso?**

☐ Sí

☐ No

☐ Se desconoce

**¿Conoce la identidad del/de los traficante(s)?**

☐ No

☐ Sí

**Por favor proporcione su(s) nombre(s): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Cuál es su relación con el/los traficante(s) (si tiene alguna): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Sufrió alguna lesión física como resultado de el/los delito(s)?**

☐ No

☐ Sí

**Por favor describa lesiones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Sufrió algún daño emocional o psicológico como resultado de el/los delito(s)?**

☐ No

☐ Sí

**Por favor describa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Sufrió financieramente como resultado de el/los delito(s) (ej., dinero robado, daño a su propiedad, etc.)?**

☐ No

☐ Sí

**Por favor describa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Información de Salud Física y Mental**

**¿Fuiste alguna vez hospitalizado(a) por razones médicas o salud mental relacionadas debido al delito cometido contra usted?** (Si es así, por favor especifique en la tabla a continuación).

☐ Sí ☐ No

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha/Año** | **Razón** | **Hospital** | **Cuanto tiempo** | **Tratamiento** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**¿Tiene alguna condición médica o de salud mental?** (Si es así, por favor especifique en la tabla a continuación).

☐ Sí ☐ No

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha/Año** | **Diagnosis/Condición** | **Proveedor Médico** | **Clínica/Oficina** | **¿Ha empeorado desde/por las experiencias de tráfico humano?** |
|  |  |  |  | ☐ Sí ☐ No |
|  |  |  |  | ☐ Sí ☐ No |
|  |  |  |  | ☐ Sí ☐ No |
|  |  |  |  | ☐ Sí ☐ No |
|  |  |  |  | ☐ Sí ☐ No |
|  |  |  |  | ☐ Sí ☐ No |
|  |  |  |  | ☐ Sí ☐ No |

**¿Puede obtener registros médicos o cartas de médicos, terapeutas u otros proveedores de salud que documenten sus condiciones de salud o tratamiento?**

☐ Sí ☐ No

**¿Alguna vez ha hablado con un psiquiatra, psicólogo u otro profesional de salud mental?**

☐ Sí ☐ No

**¿Alguna vez ha tenido pensamientos de suicidio o de hacerse daño a sí mismo(a)?**

☐ Sí ☐ No

**Medicamentos**

**Por favor llene la tabla a continuación si toma algún medicamento.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del Medicamento** | **Dosis/Uso** | **Razón/Para** | **Proveedor Médico** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Uso de Sustancias**

**¿Bebe alcohol?**

☐ No

☐ Sí

¿Cuánto por día/semana/mes/año? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Usa alguna droga recreativa o sin receta?**

☐ No

☐ Sí

¿Qué tipo y con qué frecuencia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información Familiar**

**¿Tiene hijos?**

☐ Sí ☐ No

(Si es así, por favor liste las fechas de nacimiento y nombres de sus hijos).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre Completo** | **Fecha de Nacimiento** | **Sexo** | **¿Ciudadano o Residente de EE. UU?** | **Nombre del Padre/Madre Biológico(a)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**¿Cómo describiría su relación con sus hijos?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Tiene usted hijastros u otros dependientes?**

☐ No

☐ Sí

Por favor, explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Sus padres alguna vez se separaron o divorciaron?**

☐ Sí ☐ No

**¿Cómo describiría su relación con su mamá?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Cómo describiría su relación con su papá?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Tiene hermano(as)?**

☐ No

☐ Sí

¿Cuántos hermanos? \_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuántas hermanas? \_\_\_\_\_\_\_\_

¿Qué número es usted en el orden de nacimiento? # \_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Cómo describiría su relación con sus hermanos?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información de Educación**

**¿Cuál es su nivel más alto de educación?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Dónde asistió a la escuela/colegio?** **(si aplica)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información de Empleo, Económica y Social**

**Estado de Empleo Actual:**

☐ Empleado(a) o trabajador(a) por cuenta propia

☐ Desempleado(a)

☐ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Cuál es su ocupación?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Cuánto tiempo lleva en esa ocupación?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Quién vive con usted en su hogar?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sistema de apoyo social (familia, amigos, iglesia/comunidad, etc.)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Quién es el proveedor de ingresos en su hogar? Si hay más de un proveedor, por favor indique el porcentaje de ingresos que cada uno contribuye [ej., José (esposo) 60%, María (esposa) 40%]:**

**Proveedor 1: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_% Proveedor 2: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_%**

**¿Aproximadamente, cuánto paga en facturas del hogar mensualmente?** $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Esto incluye renta/hipoteca, electricidad, seguro del coche, teléfono, comestibles, etc.).

**¿Tiene alguna deuda pendiente?**

☐ No

☐ Sí

¿Cuánto debe actualmente? $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información Legal**

**¿Alguna vez ha sido arrestado(a)?**

☐ No

☐ Sí

Por favor proporcione detalles del arresto, incluyendo fecha, ubicación y razón:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Tiene algún problema legal pasado o actual (además de su caso de inmigración)?**

☐ No

☐ Sí

Por favor proporcione detalles: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Describa cualquier arreglo de custodia formal o informal para cualquier hijo menor de edad (si aplica):**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

POR FAVOR MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN Y RESALTE EL PROBLEMA PRINCIPAL:

**DIFICULTAD CON: AHORA PASADO DIFICULTAD CON: AHORA PASADO DIFICULTAD CON: AHORA PASADO**

Ansiedad La Gente en General Náuseas

Depresión Padres Malestar Abdominal

Cambios de Ánimo Hijos Desmayos

Ira o Temperamento Matrimonio/Pareja Mareos

Pánico Amigo(s) Diarrea

Miedos Compañero(s) de Trabajo Falta de Aire

Irritabilidad Empleador Dolor en el Pecho

Concentración Finanzas Nudo en la Garganta

Dolor de Cabeza Problemas Legales Sudoración

Pérdida de Memoria Preocupaciones Sexuales Palpitaciones del Corazón

Preocupación Excesiva Historial de Abuso Infantil Tensión Muscular

Sentirse Maniaco(a) Historial de Abuso Sexual Dolor en las Articulaciones

Confiar en los Demás Violencia Doméstica Alergias

Comunicarse con Pensamientos de Lastimar Cometer Errores por

los Demás a Alguien Más Descuidos Frecuentemente

Drogas Lastimarse a sí Mismo(a) Inquietud Frecuente

Alcohol Pensamientos de Suicidio Hablar sin Pensar

Cafeína Dormir Demasiado Esperar su Turno

Vómitos Frecuentes Dormir Muy Poco Completar Tareas

Problemas Alimenticios Conciliar El Sueño Prestar Atención

Aumento de Peso Severo Despertar Muy Temprano Fácilmente Distraído por Ruidos

Pérdida de Peso Severa Pesadillas Hiperactividad

Desmayos Lesión En La Cabeza Escalofríos o Sofocos

**HISTORIAL FAMILIAR DE (Marque todas las que apliquen):**

Problemas de Droga/Alcohol Abuso Físico Depresión

Problemas Legales Abuso Sexual Ansiedad

Violencia Doméstica Hiperactividad Hospitalización Psiquiátrica

Suicidio Dificultades de Aprendizaje “Crisis Nerviosa”

**Cualquier información adicional que le gustaría incluir: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**Documentos Adicionales**

Durante el proceso de evaluación, le pedimos que proporcione los siguientes documentos de respaldo para que el terapeuta pueda complementar la evaluación utilizada para su caso de inmigración. Por favor, entrégueselos a su terapeuta de manera oportuna para evitar retrasos, preferiblemente antes de su última reunión. Puede hablar con su abogado o asistente legal y pedirles que nos los envíen directamente a su terapeuta si lo prefiere.

☐ Forma de identificación con foto (ej., licencia de conducir, pasaporte)

☐ Carta de Declaración Personal describiendo tu experiencia de tráfico humano y como te afectó

☐ Registros médicos o cartas de proveedores de salud que documenten cualquier lesión o enfermedad relacionada con la experiencia de tráfico (físico y/o de salud mental)

☐ Informe(s) policial(es) y cualquier documento legal relacionado con la experiencia de tráfico

**Gracias por tomarse el tiempo para completar este formulario. Su paciencia y atención son muy apreciadas y nos ayudarán significativamente en la preparación de su evaluación. Esta información ayudará a garantizar un proceso más fluido y eficiente.**